Lane Medical Library

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Katatonie und symptomatischer Psychose

---

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

von

Wilhelm Rohrbach
aus Königsberg i. Ostpr.

Tag der Promotion: 25. Januar 1918

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

1918

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Franz
Referent: Prof. Dr. Bonhoeffer

Meinem väterlichen Freunde

Herrn Sanitätsrat Dr. Hellner

in Dankbarkeit gewidmet

Es ist hinreichend bekannt, welche Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Katatonie und symptomatischer Psychose entgegenstehen. Einzelne katatonische Symptome werden nicht nur im Verlauf der symptomatischen Psychosen beobachtet, sondern es kann auch das Gesamtbild einer solchen Psychose ein überwiegend katatonisches sein. Es hält dann oft schwer, sichere Unterscheidungsmerkmale von echter Katatonie aus dem Gesamtbild herauszusuchen, wenn es nicht überhaupt unmöglich ist, sie im Zustandsbild zu finden. Bei dem Ueberblick über den Verlauf würde stärkerer Wechsel der Symptome, Hervortreten deliranter Züge und die begleitende Benommenheit für den symptomatischen Charakter sprechen, obwohl man auch bei echten katatonischen Prozessen Benommenheit finden kann. Eine schwere motorische Erregung, die katatonischen Symptome des Negativismus, des Grimassierens, der Verbigeration können ebenso eine katatonische Psychose wie eine Fieberpsychose einleiten. Differentialdiagnostische Kriterien sind deshalb bei den katatonisch aussehenden Fieberpsychosen weniger aus den psychomotorischen als aus den begleitenden Symptomen zu gewinnen und aus einer eingehenden Anamnese.

Je häufiger Fälle zur Beobachtung gelangen, desto eher wird es gelingen, sichere Unterscheidungsmerkmale zu gewinnen. Vorliegende Arbeit liefert drei neue Fälle als Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Katatonie und symptomatischer Psychose.

Im ersten Fall handelt es sich um folgende Krankheitsgeschichte:

1. Fall. Frl. G. Sch., 26 Jahr alt, In die Klinik aufgenommen am 13. XII. 15.

Patientin lebt bei einer verheirateten Schwester, die folgende Angaben macht: Nerven- oder Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Vater war Kupferschmied, starb mit 57 Jahren infolge eines Unfalls. Er habe allerdings als Kind Krämpfe gehabt und später während der ganzen Ehe eine Tik.

Patientin ist die vierte von fünf Geschwistern, die alle gesund seien; Patientin selbst soll auch stets gesund gewesen sein. Nach der Schulzeit, in der Patientin gut gelernt haben soll, beschäftigte sie sich mit Wäschenähen; sie galt als sehr fleißig, bescheiden und anspruchslos.

Im 15. Jahre habe Patientin auffallend blaß ausgesehen und viel an Kopfschmerzen gelitten. Eintritt der Menses bereits im 12. Jahr.

Im 23. Lebensjahr sei Patientin an Lungenspitzenkatarrh erkrankt und deshalb in eine Heilstätte geschickt worden, in der sie sich sehr gut erholt habe. Seitdem nicht mehr krank gewesen.

Mit Beginn des Krieges (1914) arbeitete Pat. in einer Fabrik bis Ende August 1915, als sie an Mandelentzündung erkrankte. Nach 14 Tagen gesund geschrieben, machte Pat. 2 Tage ihre Arbeit. Am 3. Tage fiel sie zu Hause ohnmächtig hin. Der Arzt stellte Lungenspitzenkatarrh und Nervosität fest und riet zur Ueberführung ins Krankenhaus, falls Pat. Fieber bekommen sollte.

Am 4. Krankheitstage setzte sehr hohes Fieber ein mit Fieberphantasien. Pat. habe im Bett aufgesessen, nach der Schneiderschere verlangt: „Ich möchte Klappkragen jetzt machen". „Ich habe Männe gesehen" (Bruder, der verwundet im Lazarett liegt); habe sich mit dem verstorbenen Vater unterhalten: „Ach, Vater, da bist Du ja; wir wollen auf die Promenade spazierengehen".

Infolge zunehmender Unruhe kam Pat. in eine Klinik. „Die Untersuchung ergab hier keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer Lun-

generkrankung, dagegen meningitische Erscheinungen: Nackenstarre, Bewußtlosigkeit, Kernigsches Symptom; Lumbalpunktion ergab leicht getrübtes Exsudat, das ausschließlich Lymphozyten, keinen einzigen Leukozyten und einige als Gliazellen zu bezeichnende Epithelien enthielt." (Auszug aus dem Krankenbericht der Klinik.)

Trotz Zurückgehen der Krankheit habe Pat. die Verwandten nicht erkannt, wenn sie zu Besuch kamen. Das Fieber sei sehr bald gefallen, aber Pat. trotzdem unruhig gewesen, habe viel gesprochen, sei nachts wiederholt aufgestanden.

In den letzten Tagen vor Einlieferung in die Nervenklinik habe Pat. überhaupt nicht mehr gesprochen, sondern ganz apathisch dagelegen.

Luetische Infektion und Aborte negiert.

Status somatikus: Mittelgroß, in schlechtem Ernährungszustande, blasse Gesichtsfarbe, eingefallene Wangen.

Kein Fieber, keine Nackensteifigkeit.

Herz und Lungen o. B. Puls regelmäßig, weich, etwas klein und beschleunigt.

Leib weich, ohne nachweisbare krankhafte Veränderungen.

Urin: o. B.

Die Pupillen sind auffällig eng (ohne Medikament), reagieren auf Licht; Konvergenz wegen Verhaltens der Pat. nicht zu prüfen.

Augenhintergrund: o. B., keine Anhaltspunkte für Tuberkulose.

Bauchdeckenreflexe, Knie- und Achillessehnenreflexe lebhaft.

Zehenreflexe plantar.

Keine Lähmung der Extremitäten, kein Druckschmerz an den Waden, kein Dehnungsschmerz des Ischiadikus, keine Hyperästhesia plantaris.

Psychischer Befund: Pat. liegt leicht benommen im Bett, die Augen geschlossen, ist nicht dazu zu bewegen, den Mund zu öffnen; schließt die Augen krampfhaft beim Versuch, die Pupillen zu untersuchen, was erst später gelingt.

Auf Befragen nach ihrem Namen gibt sie keine Antwort. Nadelreize in die Schultergegend werden lebhaft abgewehrt.

Passiv erhobene Arme werden eine Zeit lang gehalten, auch bleibt Pat. längere Zeit in unbequemer Haltung liegen.

Aufforderung, aus dem Bett herauszukommen, befolgt sie nicht. Beim Versuch, sie aus dem Bett herauszunehmen, faßt sie mit den Händen nach der Seite, zupft am Laken und sagt: „Einen Augenblick". Beugt dann, als sie auf dem Bettrand sitzt, die Unterschenkel spitzwinklig, sodaß sie unter die Bettstelle kommen und Pat. nicht aufstehen kann, sie läßt sich schließlich auf die Beine stellen, steht aber nicht gerade, sondern mit seitwärts überhängendem Körper.

Bei Aufforderung zu gehen, sagt sie: „Wo denn?" Läuft dann aber flott durch den Saal. Aufgefordert, in ihr Bett zurückzugehen, geht sie an ein anderes Bett, bleibt davor wie ratlos stehen, tut nach einigem Ermahnen einige Schritte bis zur Mitte des Zimmers und bleibt dort wieder stehen. Sie läßt sich willenlos im Kreise herumdrehen, ohne aber spontan die Bewegungen fortzusetzen.

Sprachlich sind nur vereinzelte Aeußerungen aus ihr herauszubekommen:

Krank? Keine Antwort.
Alt? 23 (26) Jahre.
Wohnung? Swinemünde (?).
Straße? Keine Antwort.
Nr.? 1 Treppe.
Wie? 1; dann 101; dann 99.
Wo? hier? In einem Hause.

Die wenigen Fragen beantwortet Pat. mit ganz leiser etwas verwaschener Stimme, kaum zu verstehen. Weitere Auskunft ist nicht zu erhalten. Von der vorgehaltenen Taschenuhr liest sie nach mehrfachem Rütteln ab: „Gleich 6" (5,53); genau ablesen: keine Antwort.

Als ihr ein Glas Wasser gereicht wird, streckt sie den Kopf nach vorn, nimmt dann mit einer unzweckmäßig ausfahrenden Armbewegung das Glas so, daß sie es mit dem Boden in der Handfläche trägt, führt es bis in die Nähe des Mundes, nimmt es dann wieder zurück; (fraglich, ob Reaktion auf den Zwischenruf einer anderen Kranken:

„Trinken Sie nicht, da ist Gift drin!"). Bewegt dann die Finger so ungeschickt, daß sie das Wasser verschüttet und das Glas hinfällt.

18. XII. Pat. liegt oder sitzt im Bett mit geschlossenen, nur selten geöffneten Augen, die Hände in gezwungener Haltung, z. B. den Daumen in mittlerer Oppositionsstellung. Manchmal hält sie einen Arm längere Zeit erhoben. Gelegentlich führt sie auch kurze, ruckartige Abduktions- bezw. Adduktionsbewegungen der Oberarme gegen den Kopf aus. Pupillenreaktion vorhanden, Pupillen sehr eng.

21. XII. Pat. ist unorientiert bei sprachlichen Aeußerungen, muß zum Klosett geführt werden, näßt gelegentlich ein. Selbständig nimmt Pat. keine Nahrung zu sich, sie muß gefüttert werden, bewegt den Bissen lange im Munde herum und schluckt ihn nur langsam herunter.

Die Lumbalpunktion ergibt etwa 5 ccm eines zuerst leicht blutig gefärbten, dann klaren Liquors. Ph. I. Spur Opaleszenz; Ph. II: leichte Opaleszenz; mäßiger Grad von Lymphozytose. Im Liquor hat sich kein Fibrinnetz abgesetzt.

25. XII. Seit gestern Fiebersteigerung; ein krankhafter Befund an den inneren Organen ist nicht zu erheben. Abgesehen von einigen sinnlosen leise gesprochenen Worten keine sprachlichen Aeußerungen; Verhalten wie immer, negativistisch und im katatonischen Stupor.

26. XII. Pat. weint heute viel und schreit zeitweise laut gellend; sie liegt mit geschlossenen oder ganz wenig geöffneten Augen in etwas steifer, zeitweise halbsitzender Stellung im Bett. Ihr Schreien klingt wie ein langgezogenes „ih", zuweilen leise, dann wieder laut. Ihr Gesicht ist dabei ohne jeden Affektausdruck. Wiederholt ruckartige Zuckungen der Arme.

28. XII. Temperatur wieder normal; Verhalten unverändert; zeitweise Augen offen, starr nach der Zimmerdecke gerichtet; dabei zuweilen monotone Laute wie ein langgezogenes „äh" oder „ah", oftmals denselben Laut wiederholend.

6. I. 16. Wassermannsche Reaktion ist negativ. Pat. fiebert seit drei Tagen intermittierend und ist benommen.

10. I. Der bakteriologische Befund ergibt im Sediment des Liquors keine Tuberkelbazillen oder irgend welche zelligen Elemente.

Das Verhalten der Pat. ist unverändert, sie spricht bei der ärztlichen Untersuchung niemals, nach Bericht der Pflegerin soll sie jedoch gelegentlich geäußert haben: „Danke, ich habe keinen Appetit".

14. I. Verhalten in den letzten Tagen ruhiger; schreit seltener; liegt jetzt meist mit geöffneten Augen im Bett. Es gelingt aber nicht, sich mit ihr zu unterhalten. Die Nahrungsaufnahme bereitet immer größere Schwierigkeiten, da Pat. nicht schlucken will.

18. I. Nach Bericht der Pflegerin sind heute im Stuhl Bandwurmglieder gewesen. Pat. ist dauernd negativistisch; es muß zur Sondenernährung geschritten werden.

25. I. Die Untersuchung der Bandwurmglieder ergibt Taenia saginata.

29. I. Pat. verhält sich seit den letzten 14 Tagen unverändert, meist ruhig und schreit nur dann und wann; liegt meist mit offenen Augen da, der Körper zusammengekauert, die Beine angezogen. Leib kahnförmig eingezogen. Auf Anruf blickt sie auf, antwortet aber nicht. Nach Aussage der Pflegerin soll sie oft die letzten Worte einer Frage wiederholen. In den letzten Tagen keine Temperatursteigerung mehr. Pat. verfällt körperlich sichtlich, obwohl sie die Nahrung in leidlichen Mengen und weniger abweisend zu sich nimmt.

Die ruckartigen Zuckungen der Arme werden nicht mehr beobachtet; sie nestelt wiederholt an der Bettdecke herum, führt die Arme suchend in der Luft umher, fährt sich in die Haare und reißt große Büschel aus. Sie versucht auch, sich in den Handrücken zu beißen, wobei sie sich auch eine Verletzung beibrachte. Irgend eine Auskunft ist von ihr nicht zu erhalten.

14. II. Verhalten der Pat. andauernd ruhig, sie liegt meist mit geschlossenen Augen da, die Beine stets in Beugekontraktur. Infolge der schlechteren Nahrungsaufnahme verfällt Pat. mehr und mehr.

Sie setzt sich manchmal auf und hält den Kopf längere Zeit in der Schwebe.

Gesichtsausdruck immer ganz leer.

Auch in diesen letzten 14 Tagen waren keine Zuckungen aufgetreten. Andeutung von kataleptischer Starre. Es gelingt heute zum ersten Mal wieder eine Verständigung mit ihr.

„Geben Sie mir mal die Hand." Tut es.

„Auch die andere." Tut auch dieses.

„Zeigen Sie mal die Zunge." Tut es; macht aber dabei eine grimassierende Bewegung.

Als sie einen Augenblick aufgedeckt und gleich wieder zugedeckt wird, sagt sie: „Danke schön".

„Schließen Sie die Augen." Tut es.

„Sehen Sie mal nach links." Statt dessen macht sie die Augen wieder zu.

Ihren Namen nennt sie richtig, aber in skandierenden Silben.

Wie alt? 27 Jahre (26 Jahre).

Wo wohnen Sie? „Ich w—o—h—n—t—e in den — —

?! „wohnte in der Swi—ne—mün—der Straße (Anklamer!)"

Was fehlt Ihnen? „Ich habe es vergessen."

?! „knix—nax—nip—nipt—ta—tes—tun—."

Dazwischen einige wie bejahende Bewegungen. Zählt dann von 1—10. Das letzte „10" betont sie besonders, macht dann wieder Nichtbewegungen.

Wo hier? --Habe ich ver—gess—ess—sen — sis — hm — nu.

?! „Mein Gott, darüber müssen Sie gleich mittags — — —."

Zwischendurch immer wieder eigentümliche Bewegungen, die z. T. Anspannungen des Platysma und Sternokleidomastoideus sind.

Pat. zählt wieder spontan von 1—10. Linker Patellarreflex lebhaft. Rechter nicht sicher zu erzielen. bdsts.: Fußklonus, kein Babinski.

Eine vorgezeigte Uhr betrachtet sie einen Augenblick, ebenso einen Groschen; es erfolgt aber keine Aeußerung.

Da sie zu wenig zu sich nimmt, wird sie 2mal täglich mit der Sonde gefüttert.

18. II. Seit heute Mittag Durchfall. Pat. spricht viel und verzieht das Gesicht zum Lachen; Trismus. Knirscht viel mit den Zähnen. Ruft den Arzt mit: „Junge, Schunge.“ Spricht spontan: „Einstmals, viemals — fünfmals— Ha — sechst — hier, boas, koas, Strahl.... aber — via — uns — mit — uns — schia — uns.

Die Augen stehen offen; Pat. sieht den Frager an, setzt sich von Zeit zu Zeit auf.

Wie heißen Sie? „Schwindler“ (Schindler!).

?! „Doch Schwin—de—ler.“

Spontan: „Hat se — kriegen se — 10mal von mir 1 Wort gekriegt. — — — Anwerb — — eene, deene, schuld.“

Zwischendurch viel Grimassieren.

Wissen Sie, wo Sie hier sind? „Nee“, schreit dann ganz laut: ra — ra — ra — Pinz.“

?! „Nein.“ „Hast Du eben gesagt Liebesfaden?“

?! „Mriangst — 1, 2, 3, 4, 3, 3; 2 — Schuche.“

Warum im Bett? „Hauptsache.“

?! „Holters — heute — grade — briangst.“ Sonst ist derselbe Anfang: strck. Hangust. !

„Schon, ton, schong, ton, 1 — 3 — eine“ — — — — Trinkste — trinken — trinken — Trinkste — konkan — teangst.

Auf Aufforderung, die Zunge zu zeigen, dreht sie sich langsam im Bett herum nach dem seitlichen Brett zu und versucht, daran zu lecken.

Außerdem greift sie die Worte anderer Kranker auf und spricht sie oftmals nach.

3. III. Ernährungszustand sehr schlecht; doch ißt sie nach Angabe der Pflegerin soviel als man ihr anbietet. Von der Sondenfütterung wird Abstand genommen. Pat. näßt immer noch ein. Sie fährt viel mit den Armen in der Luft herum, greift sich in die Haare und reißt sie aus. Verbände an Kopf und Händen sucht sie zu lösen. Sie

schreit sehr viel und kreischt laut, sodaß ihr Narkotika gegeben werden müssen. Schreit nur Vokale wie: äh — äh — ääh — e — e — e — ih — ih — nee — nee — und dergl.

12. III. Der Zustand ist unverändert sowohl körperlich wie psychisch.

5. IV. Zustand unverändert. Pat. kreischt immer noch so viel, daß Narkotika weiter gegeben werden müssen. Sie knirscht viel mit den Zähnen; auf Befragen keine sprachlichen Aeußerungen. Trismus.

29. IV. Zustand derselbe; nur magert Pat., trotzdem sie alles ißt, was man ihr reicht, zusehends mehr und mehr ab. Wiederholt in den letzten Tagen Abgang von Bandwurmgliedern.

16. V. Unter zunehmendem Verfall Exitus.

Sektionsbefund.

Gehirn: Ausgedehnte Erweichung des rechten Schläfenpols mit starker bräunlicher Pigmentierung, geringere im medialen Teil des linken Schläfenpols. Leichte fibröse Verdickung der Pia bei starkem Piaödem. Spuren von Leptomeningitis ossificans am Rückenmark.

Lungen: Zahlreich verstreute, häufig keilförmige, tuberkulöse, bronchopneumonische Herde bdsts. und chronische tuberkulöse Veränderungen in der rechten Spitze. Leichte Spitzenverwachsungen.

An Herz und Leber: braune Atrophie.

Im Darm: Bandwurm.

Aorta: Leichtes Intimalipoid. Kontrakturen im Hüft- und Kniegelenk.

Aus der Vorgeschichte des früher gesunden Mädchens sind als schwächende Einflusse zu entnehmen ein drei Jahre vor der jetzigen Erkrankung aufgetretener Lungenspitzenkatarrh, der den Besuch einer Heilstätte notwendig machte, sowie die Tätigkeit der Patientin als Näherin und Fabrikarbeiterin, die wahrscheinlich den drei Monate vor Einlieferung in die Klinik aufgetretenen neuen Anfall von Lungenspitzenkatarrh zur Folge hatte.

Bei diesem Anfall sind als erste Erscheinungen der Krankheit zu bemerken Symptome des Spitzenkatarrhs, das Fieber und wenige Tage später die Manifestierung der Symptome einerMeningitis; von seiten der Psyche innere Unruhe, Fieberphantasien und Benommenheit des Sensoriums. Die Zunahme der psychischen Störungen machte die Einlieferung der Patientin in eine Nervenklinik notwendig.

Während ihres Aufenthaltes hier traten neben der Benommenheit des Sensoriums, das sich nur vorübergehend einige Male etwas aufhellte, vorwiegend motorische Symptome in dem Krankheitsbilde auf. Man beobachtete allgemeine Jaktation, Zuckungen in einzelnen Muskelgebieten, Trismus, Zähneknirschen, sowie leichte tetaniforme Versteifungen der gesamten Körpermuskulatur. Es entwickelte sich Hemmung aller sprachlichen Reaktionen, Widerstreben gegen jede Maßnahme, auch gegen die Nahrungszufuhr. Der Mutazismus wechselte mit Anfällen von Rededrang, der seinen motorischen Charakter durch die Inkohärenz des Inhalts, durch verbigeratorische Silben- und Wortwiederholungen, Echolalie, Echopraxie, rhythmische und andere pseudospontane Bewegungen der Extremitäten zu erkennen gab. Die Muskelspannungen erfolgten anfänglich mehr krampfartig, tragen aber später den Charakter negativistischer Impulse. Patientin hatte eine fixierte, akinetisch-katatonische Haltung angenommen, charakterisiert durch Anspannung der Muskulatur, starre Gesichtszüge, festen Kieferschluß, Angezogensein der Extremitäten und einzelne stereotype Bewegungen. Mutazismus und ein ausgebreiteter Negativismus bestanden fort. Gelegentliche Ausbrüche von Weinen und Schreien schienen motorisch, nicht durch entsprechende Vorstellungen bedingt.

Der katatonische Stuporzustand hielt, von kurzen Remissionen abgesehen, bis zu dem fünf Monate nach der Aufnahme in die Klinik erfolgten Tode an.

Das stupuröse Bild blieb auch in den Zeiten vom 24. bis 28. 12., und vom 17. bis 25. 1., wo Patientin intermittierend fieberte, unverändert. Während der Remissionen ließen Spannung der Muskulatur und negativistische Symptome etwas nach, einzelne Aufforderungen, die nicht viel Entschluß verlangten, wurden befolgt, oder es wurde wenigstens der Versuch dazu gemacht, allerdings nur langsam, die Innervation trat verspätet ein; oft wurde sie in charakteristischer Weise unterbrochen oder der gewollte Effekt wurde überhaupt nicht erreicht.

Differentialdiagnostisch kommt im vorliegenden Falle in Betracht zugunsten einer symptomatischen Psychose einmal der Beginn der Krankheit. Neben den psychischen Symptomen finden sich somatische Krankheitserscheinungen, wie Lungenspitzenkatarrh, Fieber und Meningitis. Hierzu kommen während der klinischen Beobachtung Fieberbewegungen, die Benommenheit und die deliranten Phasen.

Alle diese Momente schließen aber nicht aus, daß bei der Patientin eine, durch die genannten Ursachen ausgelöste Erkrankung der Dementia praecox-Gruppe vorliegt, woran das vorwiegend motorische Bild der Krankheit immer wieder erinnert. Die aufgetretenen Temperatursteigerungen ließen keine nachweisbaren körperlichen Ursachen aufdecken, was bei schweren katatonischen Zuständen mehrfach beobachtet worden ist. Dasselbe läßt sich von der Benommenheit sagen, und die deliranten Symptome sind wohl auch mehr akzidentell als für die Beurteilung wesentlich zu betrachten, da sie gleichzeitig mit dem Fieber auftraten.

Bei der Sektion wurde braune Erweichung des rechten Schläfenpols des Gehirns und Lungentuberkulose gefunden.

Berechtigt dieser organische Befund, die Psychose als Symptom der Tuberkulose und einer vielleicht dadurch bedingten serösen Meningitis anzusprechen?

Ich glaube, diese Frage bejahen zu dürfen. Nun könnte

aber gefragt werden, ob die Erscheinungen von seiten der Lungen und des Gehirns nicht erst infolge der erschöpfenden Einflüsse der akut ausgebrochenen Psychose aufgetreten sind, also der kausale Zusammenhang als ein dem angenommenen entgegengesetzter sich herausstellen würde? Dem möchte ich die aus den ersten Krankheitserscheinungen sich ergebenden Hinweise auf ein organisches Leiden entgegenstellen. Es bestanden als deutliche somatische Symptome ein Lungenspitzenkatarrh und die mit hohem Fieber auftretenden Erscheinungen einer Meningitis. Auch die vor Ausbruch der Psychose vorhanden gewesenen erschöpfenden Ursachen, besonders der erwähnte, in einer Heilstätte behandelte Lungenspitzenkatarrh, die Arbeit als Näherin und in der Fabrik, begünstigten das Auftreten der durch die Sektion bestätigten Tuberkulose; wie weit diese im Zusammenhang mit der Meningits stand, läßt sich mit völliger Gewißheit nicht feststellen. Wohl lag der Verdacht einer Meningitistuberkulose nahe, zumal auch die Lumbalpunktion lymphozytären Befund hatte; aber weder waren im Punktat Bazillen nachweisbar, noch bestand ein Tetanus, noch fanden sich am Gehirn tuberkulöse Veränderungen. Dagegen kann sehr wohl eine Meningitis serosa vorgelegen haben.

Die Beziehung des vorliegenden Falles zum meningitischen Krankheitsbild, das zu wiederholten Lumbalpunktionen Veranlassung gegeben hatte, möchte ich *differentialdiagnostisch* hervorheben. Muskelsteifigkeit, besonders der Nackenmuskulatur, Trismus, leicht angezogene Extremitäten fallen bei Meningitis wie bei Katatonie auf, doch pflegt bei Meningitis die in Spannung befindliche Muskulatur in der Regel druckempfindlich zu sein, in dem anderen nicht. Bei der ersten Untersuchung nach der Aufnahme in die Nervenklinik fanden sich allerdings keine Lähmungen in der Muskulatur; es ist aber, wie aus der Vorgeschichte und dem

sonstigen Zustandsbild hervorgeht, anzunehmen, daß gerade in diesen Tagen der katatonische Stuporzustand eine Besserung erfahren hatte, der wenige Tage später sich wieder verschlimmerte und bis zum Tode nur noch einmal (14. 2.) eine leichte Remission zeigte.

Die Reizsymptome, die sich in unserem Falle in Zähneknirschen, Fazialiszuckungen, besonders auch durch die epileptiformen Versteifungen der Muskulatur äußerten, werden auch bei der Katatonie beobachtet, doch treten sie hier selten und mehr als Neigung zu dem sogenannten Delirium acutum auf. Bei akuten exogenen Psychosen werden sie häufiger gesehen.

Die Benommenheit zeigt einen verschiedenartigen Charakter: bei katatonischem Stupor sind die Kranken wie in völlige Geistesabwesenheit versunken, es fehlt der somnolante Ausdruck, und die Lebhaftigkeit der Augenbewegungen steht häufig im Gegensatz zu dem motorischen Ausfall im übrigen. Bei der Meningitis liegen sie mehr wie betäubt, soporös da, ein Verhalten, das unsere Patientin allerdings nur in den ersten Wochen der Erkrankung und bei Fiebersteigerungen bot, während später der katatonische Stupor in den Vordergrund trat.

Man könnte in vorliegendem Falle vielleicht von einem katatonisch gefärbten Meningismusbild sprechen: wir haben die Erscheinungen eines schweren Delirs, zu den deliranten Symptomen kommen Reizerscheinungen wie klonisches Zukken im Gesicht und in den Extremitäten, Grimassieren, Schmutenbildung, lallende Sprechweise, Druckempfindung der Nackenmuskulatur; unter zunehmender Benommenheit tritt schließlich Koma und Exitus ein. Die durch die Lumbalpunktion und Sektion erwiesene Hirnschädigung macht den symptomatischen Charakter noch mehr für höchst wahrscheinlich.

2. **Fall:** P. L., 20 Jahre. Angaben des Vaters: Bei einer Tante mütterlicherseits ist ein Kind idiotisch. Referent selbst war vor 3½ Jahren zehn Wochen gemütskrank in der Charité. Ein Onkel mütterlicherseits an Tbc. pulm. verstorben. Pat. habe als Kind nur Masern gehabt. In der Schule habe sie sehr gut gelernt, höhere Schule besucht bis zum 16. Jahre; soll eine der tüchtigsten Schülerinnen gewesen sein. Sie sei stets ein erträglicher Charakter gewesen, bescheiden, nicht sonderlich, dankbar und anhänglich. Nach Verlassen der Schule hat sie im Geschäft des Vaters mitgeholfen, sehr fleißig, aber ohne Ueberanstrengung. Seit vier bis fünf Jahren hat Pat. einen freundschaftlichen Verkehr mit einem jungen Kaufmann, ohne daß die Eltern recht wußten, ob sich beide liebten. Seit einer Woche fiel dem Vater auf, daß seine Tochter aufgeregter war als sonst. Sie fing öfter aus geringfügigen Ursachen Zank an, was sonst eigentlich nicht ihre Art war. Vor einigen Tagen hatte der Vater in seiner Familie Besuch, es wurde vom Heiraten gesprochen. Pat. mischte sich erregt in das Gespräch. Sie hat bei dieser Gelegenheit erwähnt, daß sie den oben erwähnten Mann heiraten wolle. Am nächsten Morgen fragte sie offen, ob sie mit dem jungen Mann verkehren und ihn zu einem Vergnügen einladen dürfe. Ref. hat dieses seiner Tochter anstandslos gestattet; sie sei darauf ihrem Vater um den Hals gefallen, war sehr vergnügt und spielte Klavier. Das kam den Eltern etwas komisch vor, insofern, als sie ein Stück vier- bis fünfmal spielte, was sie sonst nie tat. Darauf wurde sie müde und legte sich ins Bett (etwa um 10½ Uhr vorm.); sie schlief aber nicht ein, sondern fing an, verworren zu sprechen: Größenvorstellungen, sie wolle Kaiserin, Königin, Prinzessin sein, fragte dann wieder einmal den Vater, ob er schon ein Testament gemacht habe und ob sie auch etwas bekäme, damit sie etwas zusetzen könnten, wenn sie heiratete. Sprach dann viele Namen von Bekannten durcheinander. Am Freitag Arzt geholt; er soll Schlafpulver und eine Medizin verordnet haben; letztere wurde der Pat. in Rotwein gereicht; die ersten Male hat Pat. die Medizin genommen, dann hat sie dieselbe verweigert, indem sie sagte, es sei Gift und der Rotwein sei Blut. Teilweise hat sie Bekannte er-

kannt und klare Antwort gegeben. Mit Ausnahme weniger Stunden Schlaf habe Pat. während der letzten Tage dauernd gesprochen, sei öfters aus dem Bett gesprungen, verlangte alles Mögliche, z. B. daß man schnell nach der Uhr sehen, die Jalousie hochziehen solle usw. Wiederholt äußerte sie: „Meine Stunden sind gezählt, ich muß sterben, ich bin eine Leiche, ich sterbe gerne.“ Gestalten habe sie nicht gesehen.

Ref. trägt noch nach, daß seine Tochter schon das letzte halbe Jahr schlecht gegessen habe. Außerdem sei die Krankheit dadurch zum Ausbruch gekommen, daß sie ein vor $3\frac{1}{2}$ Jahren an ihr gewaltsam vollzogenes Stuprum offenbarte, wobei die Mutter vor Schreck hinfiel. Grund des Eingeständnisses schien die Freude darüber, daß die Eltern ihr mitteilten, daß sie gegen eine Verbindung mit dem oben erwähnten jungen Manne — nicht dem Verüber des Stuprum — nichts einzuwenden hätten. Darauf erfolgte unter Selbstanklage das Geständnis.

21. 1. Bei der Aufnahme ist Pat. sehr erregt, spricht inkohärente Worte, tanzt, fällt ins Knie und biegt den Oberkörper wie ein Büßer, springt auf Arzt und Pflegerin zu und sucht sie zu küssen, grimassiert und gestikuliert lebhaft.

27. 1. Psychischer Befund: Stimmung schwankend, weint und lacht in einem Atem, bisweilen angstvoll ratloser Gesichtsausdruck. Logorrhoe mit lebhaften Gestikulationen. Oft singende, rhythmische Sprache. Inhalt ihrer Erzählungen zum Teil erotische Erlebnisse, „in einer Stube war er, da waren wir Faust und Gretchen“. Sie spricht von sich in der dritten Person, redet viel von ihrem Verlobten, meist in ganzen Sätzen, dann wieder in abgerissenen Worten: „Kinder kratzt, es kommen lausige Zeiten.“ „Der wollte, aber ich nicht, Frieda, Fritze, schmeißt alles zusammen . . . ich bin heute hier Luise gewesen, ein treues, deutsches Herz. Er hat gefallen mit Möven, aber sie wollen nicht. — Weste — Schluß. Fronleichnam hab ich ihn vermißt.“

Bei religiösen Reminiszenzen pathetische Sprache. Pat. geht auf

den Arzt zu, riecht an ihm: „Parfüm von jeher"; sie kramt viel, zieht den Bettüberzug ab, zieht sich aus, läuft unruhig auf und ab, versucht, die Fenster zu öffnen. Bisweilen negativistisch, gibt über Orientierungsfragen keine Auskunft, reagiert auf optische, akustische und taktile Reize sehr wenig.

Mitschrift: „Gott, sagt er, tot auch; also Adam; Scham damals kannt' ich gar nicht. Der Schlüssel da, ich lasse bitten: 1, 2, 3. Wenn Vater will, Offenbarungseid. Haare dabei, Gott im Himmel, Herodes, alles ist Zeichnung: Liese, Kind, das ist doch die Bibel . . . Lottchen, Charlotte, was war das. Nur Kindd, Frühjahr, das hab' ich gemacht. Heute ist Freitag, die Bibel sagt Kurt, alles riecht so. Mein Gott tot. Mama auch; Charité alles riecht. Der Dreck siehste, von jeher mein Vater."

Gegenstände werden von ihr nicht bezeichnet.

29. 1. Status somatikus: Ziemlich große Pat. von infantilem Gesichtsausdruck, mäßiger Muskulatur und ausreichendem Fettpolster. An der linken Seite des Halses verschiedene Operationsnarben. Kopfumfang 52 cm.

Augen: Pupillen r. = l. Licht u. Konvergenz +; kein Fazialisreflex. Würgrefl. o. B. Sprache, Schrift: o. B. Arm- und Beinreflexe: o. B.

Sensibilität: Auf Nadelstiche überall etwas herabgesetzte Reaktion.

Herz: o. B.; Lungen: o. B.; Urin: o. B.; Temperatur: 38,0° vormittags.

30. 1. Pat. masturbiert schamlos. Sie hat seit der Aufnahme Temperaturen, die sich zwischen 38 und 39° halten. Heute bemerkt man an den Leisten und Unterschenkeln ein kleinfleckiges Ekzem, das etwas erhaben ist und stellenweise konfluiert. Zunge: weiß belegt. Keine Angina. Stuhlgang: o. B.

Pat. spricht murmelnd vor sich hin. Dauernd motorische Unruhe, zerrt den Kopf nach vorn, reibt einzelne Körperteile, zuckt rhythmisch mit den Schultern, blickt bisweilen verzückt zur Decke, fängt Sätze an, greift nach Gegenständen der Umgebung, bleibt dann wieder einige

Zeit mit gesenktem Kopf stehen, macht Freiübungen und tänzelnde Bewegungen.

Warum machen Sie die Bewegungen? „Ja, weil jetzt der Weihrauch“ —

Als sie die Uhr ablesen soll, preßt sie das Zifferblatt, fixiert es.

Nach Krankheitsgefühl gefragt: „Tanzen, ja Turnen“, beginnt dann ein Kuplet zu singen.

Pat. näßt dauernd ein und verunreinigt sich mit Kot. Beim Füttern sehr widerspenstig, heftige Abwehrbewegungen.

2. 2. Das Fieber steigt auf 39,5°. Ekzem im Verschwinden. Katheterisieren: Urin zeigt Alb. +; Eßbach 2‰, viele Eiterkörper, Staphylokokken, keine Cylinder.

6. 2. Psychisch Rededrang. Auf Orientierungsfragen geht sie nicht ein oder sagt: „Ich weiß nicht“; nennt ihren Namen. Mitschrift: „Der Otto, der Fitti, das eine O, das große J; Muttchen, nein, nein, ja das O, ihr alle, auch, auch, ich hab' auf jetzt das Oh, das nicht U, ein J, so mit Max Friedrich, immer die erste Liese . . . nein, das Oh, Leib, habe ich gesagt, immer ich allein durch das Oh.

11. 2. Rededrang hat in der Intensität nachgelassen. Urin am 8. 2. 3½‰; am 10. 2. Eßbach 1½‰. Auf den Glutäen, am Knie und Ellenbogen, in der Seite verschiedene Furunkel mit die Haut weithin unterminierenden Abszessen, aus denen sich sehr fötider Eiter entleert. Pat. verunreinigt sich dauernd, keine Klagen. „Haben Sie Angst?“ „Ich kann ja ruhig bleiben!“

Auf Orientierungsfragen nimmt sie keinen Bezug. Verbigeration: das große J, das große S, Mona Lisa, Onanie, Kunst und Wissenschaft. Motorische Unruhe hat nachgelassen. Besuch wird erkannt. Auf Nadelstiche lebhafte Reaktion.

15. 2. Temp. dauernd zwischen 39,5 und 40,5°; keine Schüttelfröste. Die großen Abszesse ohne Besserung. Pat. liegt benommen. Schwer verständliche Spontanäußerungen. Atmung frequent (40 pro Minute). Puls: 6 × 29. Nasenflügelatmen.

Auf Orientierungsfragen Auskunft: „Ich werde 20 Jahre; mein

Bräutigam heißt Kurt, meine Mutter Marianne, ich wohne Emdener Straße."

16. 2. Seit nachmittags 3 Uhr Cyanose und stark beschleunigte Atmung; abends 7.35 Uhr Exitus.

Sektionsbefund:

Die Todeskrankheit: Tuberkulose.

Zirkulationsorgane: Kleines braunes Herz, enge Aorta.

Respirationsorgane: Ausgedehnte, frische, käsige Hepatisation des linken Oberlappens zwischen älteren käsigen Bronchopneumonien. Walnußgroße Kaverne im oberen Drittel des linken Oberlappens. Käsige Tuberkulose eines größeren Bronchus im rechten Oberlappen mit älteren Bronchopneumonien und diffuser Verkäsung in den zugehörigen Lungenabschnitten. Schwere allgemeine Bronchitis.

Magen: Schleimige Gastritis.

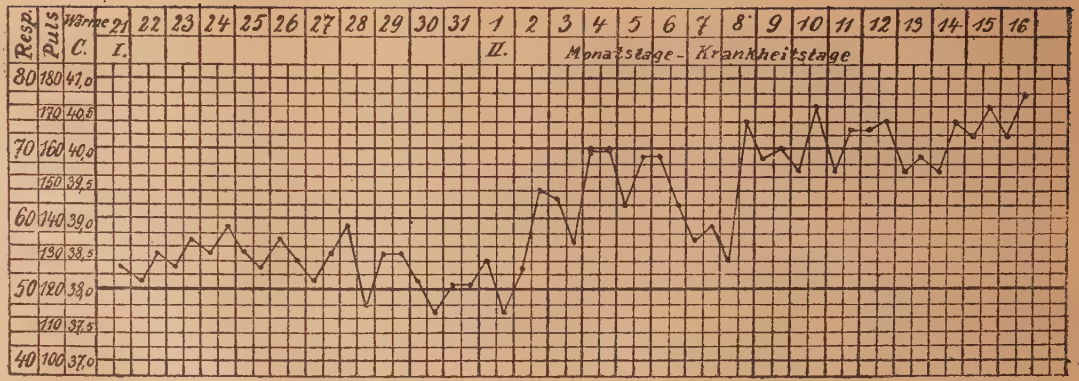
Milz: Vergrößerung der Milz mit Pulpahyperplasie.

Genitalapparat: Nieren zeigen hämorrhag. Urozystitis; beginnende, aufsteigende Nephropyelitis mit kleinen Abszessen an den Papillenspitzen. Geringe Verdickung der Ovarien.

Varia: Große zerklüftete Tonsillen mit Pfröpfen.

(Siehe Seite 23)

In diesem Falle handelt es sich um eine Psychose bei — klinisch nicht diagnostizierter — Tuberkulose und diagnostizierter Pyelonephritis. Weder bei Ausbruch der Krankheit noch in deren Verlauf, der sich allerdings nur auf etwa vier Wochen erstreckte, waren Erscheinungen von seiten der Lunge in den Vordergrund getreten. Vorgeschichtlich fanden sich ebenfalls keine tuberkulösen Symptome, wenn man nicht nachträglich die vom Vater im letzten Halbjahr bemerkte Appetitlosigkeit als Hinweis nehmen will. Andere schwächende Einflüsse sind nicht nachweisbar; Patientin hat außer Masern keine Kinderkrankheiten durchgemacht, sie wird von den Eltern als begabte und fleißige Schülerin gerühmt. Auch


Resp.
Puls
Wärme
C.
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
I.
II.
Monatstage - Krankheitstage
80 180 41,0
170 40,5
70 160 40,0
150 39,5
60 140 39,0
130 38,5
50 120 38,0
110 37,5
40 100 37,0

nach der Schulzeit, während ihres Aufenthaltes im Elternhause, vom 16.—20. Jahr, ist sie stets fleißig und vergnügt gewesen, bis wenige Tage vor der Einlieferung in die Klinik dem Vater das aufgeregte Wesen der Tochter auffiel. Bald zeigten sich deutlichere Symptome: plötzlich ausbrechende, triebartige motorische Erregung mit Sprachverwirrtheit, vorübergehend Desorientierung, Sinnestäuschungen, Größenideen. Auch negativistische Anzeichen finden sich bereits, z. B. plötzliches Verweigern der Medizin. Bei der Aufnahme und während der klinischen Beobachtung schien es zunächst, daß das Krankheitsbild der Katatonie-Gruppe angehörte. Die vom Vater gemachten Angaben bestätigten sich: die Unruhe der Patientin äußerte sich in den sonderbarsten Bewegungen, wie Hin- und Herwiegen, Tanzen, in die Kniee sinken, Umherspringen, Verrenkungen verbunden mit stereotypen Bewegungen, wie Grimassieren und Gestikulieren. Ferner fiel Verbigeration und Sprachverwirrtheit, die sich bis zur Logorrhoe steigerte, auf. Der motorische Charakter des Rededranges verriet sich durch den zusammenhanglosen Inhalt, die Neigung zu Wiederholungen, zu Rhythmus und Reimen. Dazu kommt ein ausgesprochener Negativismus, der sich in heftigen Abwehrbewegungen äußert, wenn man die Hand geben, untersuchen oder das Essen reichen will; die Kleider duldet sie nicht an ihrem Körper, sie sträubt sich bei der Verrichtung der natürlichen Bedürfnisse, verunreinigt aber das Bett und dergleichen mehr.

Diese akut verwirrte Verlaufsform der Katatonie hält fast bis zum Tode der Patientin an. Nur am vorletzten Tage, nachdem Unruhe und Logorrhoe wenige Tage vorher schon nachgelassen hatten, trat noch einmal Verständnis für Ort, Zeit und Umgebung ein. Diesen psychischen standen als körperliche Symptome das bereits bei der Aufnahme bemerkte Fieber in mittlerer Höhe, das sich aber allmählich steigerte, gegenüber. Wie weit an dieser Temperatursteigerung die

Prozesse in den Lungen oder die pyelonephritischen und die plötzlich auftretenden Furunkelabszesse beteiligt waren, muß dahin gestellt bleiben.

Was nun die Differentialdiagnose anbelangt, so ist auch in diesem Falle eine symptomatische Psychose nach Tuberkulose in Erwägung zu ziehen. Die körperlichen Krankheitserscheinungen sind zwar bei Beginn noch nicht sehr ausgesprochen; außer der erwähnten Appetitlosigkeit und dem Fieber bemerkt man zunächst keine weiteren, während des Verlaufs kommen hinzu die Furunkulose, Urocystitis, sowie delirante Phasen angedeutet. Ferner spricht der ganz akute Ausbruch der Psychose, ohne daß im Vorleben Eigenheiten im Wesen nachweisbar waren, für den symptomatischen Charakter. Auch die anscheinend leicht erregbare Stimmungslage im ersten Beginn sieht man gerade bei symptomatischer Erkrankung nicht selten. Indessen sprechen alle diese Momente nicht eindeutig gegen eine echte Katatonie. Dasselbe gilt von den deliranten Symptomen. Nun ergab aber die Sektion den organischen Befund einer ausgebreiteten Tuberkulose mit septischer Erkrankung. Auf dieser Grundlage möchte ich die Psychose als Symptom des organischen Leidens ansehen. Der Einwand, daß die Tuberkulose unter dem schwächenden Einfluß der akuten Psychose sich entwickelt habe, ist auszuschließen. Die Vorgeschichte enthält gar keine Andeutungen für ein psychisches Leiden. Die bei einer Tante mütterlicherseits sich findende Idiotie eines Kindes und der im späteren Alter zehn Wochen gemütskrank gewesene Vater können kaum als hereditäres Moment herangezogen werden. Patientin selbst bietet ebenfalls keine Anhaltspunkte während Kindheit und Schulzeit, keine angeborene Minderwertigkeit, Charakteranomalien oder sonderbares Wesen.

Man wird aber das im Anfang schon bestehende Fieber zwanglos so deuten können, daß die Erkrankung der Lungen bereits vorhanden und der septische Prozeß in der Entwicke-

lung war. Auch die mehrere Monate anhaltende Appetitlosigkeit vor Ausbruch der Krankheit spricht mehr für die latenten Prozesse in den Lungen.

Die psycho-motorischen Reizerscheinungen, wie wir sie hier im Faciolingualgebiet, im Grimassieren, Mundaufreißen, Lippenspitzen, unartikulierten Schreien haben, spricht nach den allgemeinen Beobachtungen für den symptomatischen Charakter. Auch spricht die Parallelität der zunehmenden psychischen und körperlichen Erscheinungen für den symptomatischen Charakter.

3. **Fall:** F. Pf., 23 Jhr. Körpergewicht 62,5 kg. Anamnese v. Res.-Garnisonlazarett Potsdam. (Aeuß. Stat. Nr. 789.) Barackenlager Bornstedter Feld Potsdam.

13. I. 15. Aufnahme-Befund: Patient zeigt am l. Unterschenkel mehrfache, gut granulierende Inzisionswunden, Sekretion unbedeutend. In der Gegend des linken Lig. patellae eine zweimarkstückgroße, stark sezernierende Wunde. Von der Patella sind nur noch einzelne lockere Bruchstücke fühlbar. Der linke Fuß zeigt abnorme Gestaltung und Kontur. Knie- und Fußgelenk fast völlig aktiv unbeweglich. Kein Fieber. Mäßiges Oedem.

20. I. Normaler Wundverlauf.

27. I. Bei allmählich steigendem Fieber klagt Pat. über rheumatische Schmerzen in der linken Schulter, ferner über Stiche in der Herzgegend, Atemnot und Herzklopfen. Untersuchung ergibt: Systolisches und diastolisches Geräusch; ferner Schwellung und Druckempfindlichkeit der genannten Gelenke.

4. II. Fieber herunter, rheumatische Beschwerden wandern nach der Hand.

11. II. Temperatur normal; Herzbeschwerden stärker.

23. II. Wegen zunehmender Herzbeschwerden zurück ins Garnisonlazarett.

Res.-Garnisonlazarett Potsdam (Inn. Stat. Nr. 2320).

23. II. Aufnahmebefund: Systolische Geräusche über der

Herzspitze und über den andern Klappen; rheumatische Beschwerden im ganzen Körper. An der Außenseite des linken Knies und am Fußgelenk je eine kleine, etwa pfenniggroße, oberflächliche Wunde als Rest eines Streifschusses, ohne Bedeutung für das Allgemeinbefinden.

27. II. Temperatur steigt; erneute rheumatische Beschwerden in sämtlichen Gelenken.

1. III. Herzbefund unverändert; Temp. abds. 39,5°; Urin: o. B.

2. III. Lungenbefund: Dämpfung des Klopfschalls ganz hinten unten beiderseits, links nur zwei Querfinger hoch, rechts bis zum unteren Schulterblattwinkel.

Atemgeräusch rechts hinten abgeschwächt, links keine Veränderung.

3. III. Gelenke teigig geschwollen. Urin: o. B.

6. III. Angeblich keine rheumatischen Beschwerden mehr. Puls wieder ruhiger: 84. Temp. = 38,2° abds.

7. III. Hinten links unten: Rasselgeräusche; Auswurf: schleimig-eitrig.

12. III. Pat. zeigt in letzter Zeit ein eigentümlich psychisches Verhalten. Während er tagsüber meistens vollkommen regungslos daliegt, verhält er sich nach Angabe der Nachtwache sehr unruhig, neigt zu unmotivierten, impulsiven Handlungen, redet vervorrenes Zeug, wobei er sehr oft in monotoner Weise dieselben Worte wiederholt. Die auf Aufforderung herausgestreckte Zunge, der emporgehobene Arm bleiben manchmal lange in derselben Lage. Bewegungen wie Händeklatschen, Daumendrehen, ahmt er mechanisch nach. Da Verdacht auf eine katatonische Krankheit besteht, wird Pat in eine geschlossene Anstalt (Charité) überwiesen.

Krankenbericht der Nervenklinik.

12. III. Bei der Einlieferung gibt Pat. auf Anrufen keine Antwort.

13. III. Gibt meist nur langsam, nach Wiederholung der Frage, Auskunft:

Alter? 24.
Was haben Sie am Bein? Dreck.
Was sind Sie? Bauer.

Woher? Aus Bayern.
Aus welcher Provinz in Bayern? Bayern liegt in Deutschland.
Sind Sie Soldat? Feldwebel.
Wann gebren? —
Wie alt? —
Wo sind Sie hier? In Bayern, Petersburg.
Welches Regiment? 5. Infanterie-Regiment.
Garnison? Bamberg.
Im Felde gewesen? Nein.
Warum nicht? —
Kopfschmerzen? —
Angst? Ja.
Wovor? Vor Ihnen.
Wer bin ich denn? Der Stabsarzt, der Doktor.
Wie geht das Denken? —
7×8? 56.
9×12? 108.
Waren Sie im Felde? Ja, in Rußland.

Als Pat. Geld vorgehalten wird, zählt er: 20, 30, 40, 50. Taschenlaterne, Geldbörse werden erkannt.

Psychischer Befund: Auf Fragen unsichere und langsame Antworten. Schwer besinnlich, faßt schlecht auf, besinnt sich lange. Sieht im Gesicht etwas livide aus. Temperatur 37,5°. Liegt meist ruhig, mit geschlossenen Augen im Bett. Reagiert meist auf Ansprachen nicht.

Status somaticus: Fazialis: o. B. Reflexe an beiden Armen +. Herz nach rechts verbreitert, hebender Spitzenstoß. Puls regelmäßig, 105, systolisches Geräusch an der Spitze, andere Töne leise, 2. Pulmonalton klappend.

Anschwellung beider Kniegelenke. Ueber dem linken Kniegelenk eine kleine Wunde. Schmerzen bei Bewegungen des linken Knie- und Fußgelenkes. Der linke Unterschenkel ist geschwollen. Beinmuskulatur, besonders rechts, atrophisch.

Beinreflexe rechts +; links wegen Schmerzen nicht auszulösen. Kein Babinski. Kremaster- und Bauchdeckenreflex +.

Wachbericht vom 13. III.: Pat. war unruhig, wälzte sich hin und her, fiel aus dem Bett; wurde in ein Kastenbett gelegt, zog dort seine Decke aus, legte sein Kopfkissen zum Fußende des Bettes, schrie öfter auf, führte Selbstgespräche. In dieser Weise beschäftigte er sich bis zum Morgen.

13. III. Erklärt nachmittags, er heiße Pfarrdrescher und sei der deutsche Kaiser. Als nach einem andern Patienten gerufen wird, ruft er „Hier"; er sei hier in München, in einer Kirche. Jetzt sei Nachmittag. Mittag gegessen habe er schon. Spricht von einem Gesicht und deutet dabei auf die Wand. (Vormittags sprach er von einem Leutnant und deutete dabei auf einen Wärter.) Nach einiger Zeit erklärt Pat. wieder, er sei Arbeiter.

Ist jetzt Krieg? Ja.
Gegen wen? Gegen England! Rußland, Frankreich.
Gegen wen noch? Gegen uns selbst.
Wie heißen Sie? Pankraz.
Mit Nachnamen? Nein, das ist richtig, Herr Doktor.
Wie alt sind Sie? 2 Jahre.
Wie alt? —
Wann geboren? —
Woher stammen Sie? —
Wo ist Ihr Heimatort? Deutschland. Weiler, am Roßberg, am Bodensee.
Was ist Ihr Vater? Deutscher Kaiser.
Was ist er? Nichts.
Wann geboren? —
Beruf? —
Was sind Sie? Wärter?
Wo? In einem Schlosse.
Wo aufgewachsen? —
Schule? Im Meer, im Wasser.
Schon gedient? Ja.

Bei welcher Truppe? Bei der Truppe da, Truppe.
Wo leben Sie in Friedenszeiten? Hier.
Wo wohnen die Eltern? Hier.
Wieviel Tage hat die Woche? 8.
Ist das richtig? Jawohl, zu kurz.

Wachbericht vom 13. III. Pat. schlief mit Unterbrechungen, führte viele Gespräche: „Jetzt müssen die Russen gleich kommen.“ Nach 5 Uhr war Pat. unruhig, riß das ganze Bettzeug herunter, warf alles aus dem Bett heraus, gab dem Wärter eine Ohrfeige, zog sich das Hemd aus.

14. III. Wie lange hier? Seit gestern Abend.
Wo sind Sie hier? Die Sache stimmt mich heiter.
Wo hier? Heute früh habe ich . . .
Ist hier Ihre Wohnung? Jawohl, Herr Doktor, hier ist Bayern.
Was ist hier für ein Haus? Dem Kaiser sein Schloß.
Wie kommen Sie dahin? —
Wie lange hier? —
Wo geboren? Hier.
Was war der Vater? Nichts.
Wo in die Schule gegangen? Hier.
Gedient? 1912.
Wo? Leibregiment München.
Was sind Sie? Unteroffizier.
Verheiratet? Jawohl.
Wie heißt die Frau? —
Haben Sie eine Frau? Jawohl.
Wer bin ich? Der Regimentskommandeur.

18. III. Pat. liegt meist in steifer Haltung da mit starrem Gesichtsausdruck. Gesichtsfarbe livide, die Arme liegen auf der Decke seitlich vom Körper; Pat. selbst auf dem Rücken, bewegt sich von selbst gar nicht, spricht von selbst nicht.

Läßt Stuhl und Urin unter sich. Nahrungsaufnahme sehr erschwert, ißt von selbst gar nichts. Preßt die Kiefer zusammen in

negativistischer Weise; es gelingt nur mit Mühe, ihm Essen beizubringen. Sonst kein Widerstand bei passiven Bewegungen; keine Affektäußerungen. Bei Anrede antwortet er nicht, dreht die Augen zum Exploranden hin, antwortet auf Fragen sachgemäß durch „Ja“ und „Nein“.

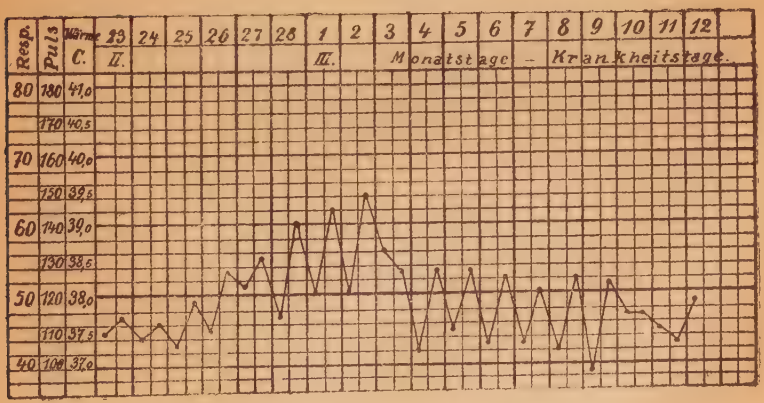
20. III. Sieht heute etwas munterer aus. Gesicht lebhafter, Haltung nicht mehr so steif. Gibt die Hand bei Entgegenstrecken. Zeigt auch auf Aufforderung die Zunge. Sieht mit den Augen lebhaft herum. Keine sprachlichen Aeußerungen. Gereichte Nahrung nimmt er an. Läßt Urin unter sich.

6. IV. Temperatursteigerung. Zunehmende Rötung und Schwellung des linken Knöchels. Wird auf die chirurgische Station verlegt. Hier wird Pat. in besinnungslosem Zustand eingeliefert. Temp. 39,7°. Vollkommene Katatonie.

7. IV. Es wird eine Inzision am Knie vorgenommen, wodurch sich viel Eiter entleert.

10. IV. Temp. = 38,3°.

12. IV. Status idem. Exitus.



Die Vorgeschichte des früher gesunden Mannes enthält eine Reihe schwerwiegender, den Ausbruch der Psychose begünstigenden Momente: einmal eine durch die Verwundung am linken Knie verursachte starke Eiterung. Daß der eitrige Prozeß unter erheblicher Spannung stand, geht auch daraus hervor, daß Knie- und Fußgelenk aktiv kaum beweglich sind. Es handelte sich also offenbar um eine akute Osteomyelitis, um eine Infektion mit Eiterkokken. Diese führte höchstwahrscheinlich von dem ursprünglich abgeschlossenen Eiterherd auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen zu einem Eindringen der Mikrokokken in die allgemeine Zirkulation. So kommt es zu einer Endokarditis und Polyarthritis und zu Erscheinungen vonseiten der Lunge. Erst jetzt traten psychische Störungen hinzu: Während Patient tagsüber fast apathisch daliegt, ist er nachts sehr unruhig, neigt zu unmotivierten, impulsiven Handlungen, redet verworrenes Zeug, wobei er oft dieselben Worte wiederholt; man beobachtet Echolalie, Echopraxie, Größenideen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, kurz, er bietet deutlich das Bild einer katatonischen Erregung, bei der die deliranten Züge mehr des Nachts, ein katatonischer Stuporzustand meist am Tage im Vordergrund stehen. In den Remissionen ließen Spannung der Muskulatur und negativistische Symptome nach, einzelne Aufforderungen wurden befolgt.

Haben wir es nun in diesem Falle mit einer echten Katatonie zu tun oder nur mit einer katatonisch aussehenden Fieberpsychose?

Die Annahme, daß die erschöpfenden somatischen Einflüsse eine Katatonie ausgelöst haben, hat wenig für sich. Die psychischen Erscheinungen haben sich unter dem Einfluß des schweren septischen Prozesses entwickelt und gesteigert. Die deliranten Symptome möchte ich in diesem Falle nicht als nur accidentell, sondern als für die Beurteilung wesentlich ansehen. Es finden sich neben den katatonen

Zeichen echte delirante Züge, kombinierte optisch-taktile Sinnestäuschungen mit Desorientierung und delirantem Vorsichhinsprechen. Das Zurücktreten der katatonen Symptome gegenüber den deliranten am Abend gemäß der Fieberhöhe spricht für die symptomatische Natur auch der katatonischen Erscheinungen. Differentialdiagnostisch wichtig ist auch die schwere Störung der Kombinationsfähigkeit, die gerade für die symptomatische Psychose charakteristisch ist. Eine Sektion ist nicht gemacht worden, auch wohl zur Klarstellung des Falles kaum nötig. Man wird das katatonische Zustandsbild zwanglos aus der septischen Polyarthritis erklären können, da ja bekannt ist, daß bei ihr nicht selten sich schwere zerebrale Symptome entwickeln. Die Krankheit beginnt in diesen Fällen mit stärkeren nervösen Symptomen oder sie zeigt, wie in diesem Falle, anfangs einen scheinbar gutartigen Verlauf und erst später treten schwere psychische Störungen ein.

Zusammenfassung.

Mit den vorliegenden Fällen sollen drei Beispiele dafür gebracht sein, daß nicht nur einzelne katatonische Symptome, sondern ausgesprochene, während des ganzen Verlaufs der Erkrankung bestehende katatonische Krankheitsbilder als Erscheinungsform der symptomatischen Psychosen auftreten können. Allen drei Fällen gemeinsam sind der tötliche Ausgang, die Kombination deliranter und katatonischer Symptome, eine grobe Störung der Kombinationsfähigkeit und Tagesschwankungen der psychischen Symptome mit Vorherrschen der deliranten Erscheinungen bei Nacht.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, zum Schluß Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. Bonhoeffer meinen ergebensten Dank auszusprechen für die Ueberweisung von Thema, Material und Literatur, für die bereitwillige Unterstützung und freundlichen Ratschläge, sowie für die liebenswürdige Uebernahme des Referates.

Literatur.

1. **Bonhoeffer, K., Prof.** Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen.
2. **Stertz, Georg, Dr.** Katatonische Psychose als symptomatisches Bild bei Sinusthrombose.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Rohrbach, wurde am 18. Februar 1887 als Sohn des Stadtmissionars Heinrich Rohrbach zu Königsberg in Ostpr. geboren. In Berlin besuchte ich das Königstädtische Voll- und Realgymnasium, wo ich zu Michaelis 1908 die Reifeprüfung bestand.

Danach widmete ich mich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Berlin und Tübingen. In Berlin legte ich die Staatsprüfung ab, die am 21. April 1917 beendet wurde.

Unter Anrechnung des praktischen Jahres auf den Kriegsdienst während der Jahre 1914—1917 wurde die Approbation auf den 21. April 1917 festgesetzt.

Zwecks Promotion reichte ich im Januar 1918 eine Arbeit ein über das Thema:

„Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Katatonie und symptomatischer Psychose."